

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

1927 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy-Arthur MORIN

Né le 17 février 1902, à Rennes (Ille-et-Vilaine)

DU TRAITEMENT PRÉVENTIF
DES PHLÉBITES

APRÈS HYSTÉRECTOMIES POUR FIBROMES

PAR LES AUTO-VACCINS

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1927



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

1927 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR LE

Guy-Arthur MORIN

Né le 17 février 1902, à Rennes (Ille-et-Vilaine)

DU TRAITEMENT PRÉVENTIF
DES PHLÉBITES

APRÈS HYSTÉRECTOMIES POUR FIBROMES

PAR LES AUTO-VACCINS

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1927



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médicale chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	N...
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIERE . . . Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 N. Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . } Pathologie médicale.
 FOIX . . . }
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . . Urologie.

MM

HOVELACQUE . . . Anatomie.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) . . . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 LEVAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie
 N. Pathologie médicale.
 LEVY-SOLAL . . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . . }
 MONDOR . . . } Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . }
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie.
 N Pathologie médicale
 RICHEL Fils . . . Physiologie.
 TANON Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VILLARET . . . Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT . . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

REITTERER . . . Histologie.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . .	} Clinique chirurgicale.	LÉRÉ	} Clinique médicale.
CHEVASSU .		LÉPER . . .	
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet . . .	Clinique médicale infan- tile.	N...	Clinique médicale.
		SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
pro-
bation.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommage de notre reconnaissance et de
notre admiration,

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

MM. LES PROFESSEURS :

BODIN, CHESNET, CHEVREL, DAYOT, FOLLET,
HARDOUIN, LE GAL-LA-SALLE, LE DAMANY,
LE MONIET, MARQUIS, PELLÉ, QUENTIN,
VÉRON (*in memoriam*).

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A. MONSIEUR LE DOCTEUR A. MORICE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Hôpital de Caen

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.*

*Nous le remercions ici de ses précieux
conseils et nous l'assurons de notre
vive gratitude pour la sympathie
qu'il nous a toujours témoignée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE BAILLY

Professeur de Bactériologie à l'Ecole de Médecine de Caen
Directeur du Laboratoire départemental du Calvados
Directeur des Services d'hygiène du Calvados
Président de l'Office public d'hygiène sociale

*Qui nous a fait profiter de sa longue ex-
périence de bactériologiste et nous a
enseigné ses techniques minutieuses.
Hommage de notre grande reconnais-
sance.*

INTRODUCTION

C'est parce que nous avons été frappé de la fréquence de cette notion qui veut que les phlébites consécutives aux hystérectomies pour fibromes soient liées, en partie, à une altération de l'état général, et, en particulier, des vaisseaux et du sang, que nous avons voulu entreprendre ce travail. Sans doute savons-nous bien que les auteurs, en invoquant comme facteur des phlébites post-opératoires un état diathésique, caractérisé surtout par la diminution du pouvoir anticoagulant sanguin, n'ont pas voulu expliquer, par cette seule raison, l'étiologie de ces phlébites. Bien entendu, ils n'accordeñt à cette cause qu'un rôle adjuvant, sans méconnaître l'importance primordiale de l'infection. La septicité intra-utérine est un fait établi depuis trop longtemps pour que nous prétendions faire une découverte.

Mais, si nombre d'auteurs ont déjà démontré la présence de germes, dans la cavité utérine, il ne semble pas qu'ils aient considéré le streptocoque comme hôte habituel de cette cavité. Ils ont eu plutôt tendance à

admettre que ce microbe était amené du dehors par le fait de l'intervention gynécologique.

D'autres auteurs, plus récemment, ont réagi contre cette conception. MM. Hugel et Delater, en particulier, considérant que les infections streptococciques consécutives à un acte opératoire sur les organes génitaux féminins sont devenues rares, alors que les traumatismes utérins ne cessent de donner lieu à des phlébites presque aussi fréquentes que par le passé, ont voulu nier au streptocoque tout rôle important, et ont accusé d'autres germes.

« L'idée vient » disent-ils, « qu'il est légitime de rechercher un autre germe que le streptocoque comme agent provocateur des phlébites observées de nos jours, et une autre pathogénie que celle d'une insuffisante asepsie des manœuvres obstétricales ou gynécologiques. Nos premières constatations nous portent à penser que, fréquemment, il existe un état d'infection latente des voies génitales, par les germes d'origine intestinale, et que cette infection retentit sur les petites veines des parois utérines pour les thromboser. »

Bactériologiquement, ces auteurs ont décelé, de façon banale, dans les mucosités vaginales, le colibacille et l'entérocoque. Ils en ont expliqué la présence en invoquant un mécanisme fréquent chez la femme, celui du syndrome entéro-rénal, qu'ils décrivent ainsi :

« Constipation habituelle soumise à des débâcles de fermentation et de putréfaction intestinales. Cæcum dilaté, gargouillant. Transverse ptosé. Angles coliques surcoudés. Fréquence, beaucoup plus grande que chez

l'homme, de l'infection biliaire et surtout pyélonéphrétique, ou, tout au moins, fréquence des coliques lombaires, non accompagnées de troubles urinaires, mais à l'occasion desquelles l'examen bactériologique révèle communément dans l'urine recueillie aseptiquement : entérocoque, colibacille, parfois pseudodysentériques ou paratyphiques. ».

Partant de cette pathogénie, ces auteurs ont institué un traitement s'adressant d'abord à la septicité intestinale, par cuves de ferments lactiques, et une médication préventive, c'est-à-dire un auto-vaccin préparé en utilisant les germes de l'urine et des matières fécales.

Sans vouloir aller à l'encontre de leurs théories, c'est à-dire sans nier que certaines phlébites post-opératoires puissent être dues aux germes intestinaux, nous avons pensé qu'il était peut-être plus logique, pour se faire une idée de la question, de faire des prélèvements, non point dans les mucosités vaginales, mais bien dans la cavité utérine même.

Or, après avoir fait ces prélèvements, de façon rigoureusement aseptique, nous avons été surpris de trouver, dans de nombreux cas, à vrai dire, dans tous les cas étudiés à ce point de vue, le streptocoque dans la cavité utérine de nos malades fibromateuses.

Nos recherches n'ont porté que sur des fibromes non compliqués. Systématiquement, nous avons laissé de côté tout fibrome s'accompagnant de métrite ou d'annexite. Ces lésions concomitantes expliqueraient trop facilement la présence des germes in utéro, et ne pourraient que nuire à notre démonstration.

Nous nous proposons donc de fournir quelques observations qui nous ont semblé prouver que le streptocoque existe, pour ainsi dire, à l'état de saprophyte dans la très grande majorité des utérus fibromateux. De cette constatation est née notre conviction que les phlébites, si souvent rencontrées dans les suites opératoires, étaient dues à la présence de ce strepto. D'où l'idée toute naturelle de prélever ce streptocoque, d'en faire un auto-vaccin, et d'essayer d'immuniser nos malades contre les complications veineuses.

- HISTORIQUE

Notre intention n'est pas de refaire, ici, tout l'historique de l'étiologie des phlébites, ni, en particulier, des phlébites post-opératoires.

Nous voulons seulement, comme preuve de cette opinion courante déjà signalée dans notre introduction et qui attribue ces affections à des causes générales, emprunter ces quelques lignes à M. Forgue.

Dans son *Traité de gynécologie*, après avoir appelé l'attention des chirurgiens sur la nécessité d'examiner le cœur et les reins des fibromateuses avant l'intervention, M. Forgue s'exprime ainsi :

« Ces fibromateuses, approchant de la cinquantaine, sont souvent des malades à nutrition ralentie, en état ou en instance d'insuffisance hépato-rénale, et la détermination de la valeur fonctionnelle du foie et des reins, partant de l'appareil antitoxique, est d'une importance capitale pour le pronostic opératoire. Par le régime lacto-végétarien, par l'opothérapie hépatique, il faut les mettre en état de tenir le coup. Ce sont des candidates aux thromboses : probablement par fléchis-

sement des actions anti-coagulantes que règle surtout la fonction hépatique. Le lactose, à la dose de 100 gr. en tisane, dans les jours qui précèdent l'opération, l'urotropine, sont des moyens d'activer cette appareil antitoxique. »

Ainsi, il n'est question que d'un état général imprécis, que d'un mauvais fonctionnement hépatorénal. Il n'est pas parlé de l'agent de l'infection veineuse, ni de son origine utérine, ni du streptocoque intra-utérin.

Bien mieux, si nous ouvrons le *Manuel de Pathologie externe* des neuf agrégés, à l'article fibrome, nous trouvons, sous la signature de M. Bégouin.

« L'endométrite n'est pas rare. Mais, souvent, elle ne serait pas d'origine infectieuse. C'est une pseudo-métrite. »

En outre, nous verrons, au cours de cette thèse, que d'autres auteurs ont considéré les phlébites post-opératoires comme dues à un traumatisme des veines péri-utérines ou pelviennes.

Certains enfin, et, en particulier, MM. Hugel et Delater, accusent les germes intestinaux : colibacille, entérocoque, etc...

Sans vouloir nier l'importance de ces théories diverses, mais en persistant à ne vouloir accorder qu'une valeur de second ordre aux causes générales, et imprégné de cette idée première que la phlébite relève toujours d'une infection, nous pensons qu'il est logique d'incriminer comme agent de cette infection le microbe toujours décelé au cours de nos prélèvements.

Nous nous proposons donc de montrer au cours des quelques pages qui vont suivre :

1° La fréquence du streptocoque dans les utérus fibromateux.

2° La technique employée pour prélever ce streptocoque.

3° Les procédés de culture et la variété de streptocoque.

4° Notre méthode de vaccination.

Nous fournirons ensuite quelques observations d'où nous tirerons les conclusions utiles.

TECHNIQUE

On nous excusera de décrire aussi minutieusement la technique si simple qu'est celle d'un prélèvement intra-utérin. Nous tenons à l'exposer dans tous ses détails, pour répondre par avance à ce reproche qui nous accuserait de ramasser les germes au passage, dans un vagin ou sur un col souillés. Encore que M. F. Bezançon, dans son « Précis de Microbiologie clinique », ait écrit :

« Le streptocoque n'est pas un hôte habituel du vagin normal. Winter l'a cependant quelquefois observé. Widal l'a vu deux fois sur deux examens de mucus vaginal provenant de femmes saines. Bumm, par contre, ne l'a pas observé », nous pensons avoir écarté, autant qu'il est possible, toute faute, dans la technique que nous allons décrire.

Tout, en effet, dans notre méthode de prélèvement, a pour but de prendre exclusivement les germes contenus dans la cavité utérine. C'est pourquoi il faut accorder une importance primordiale :

1° A l'exposition du col ;

2° A la désinfection de la cavité vaginale et du museau de tanche.

Sans perdre de vue ce grand principe directeur, nous procédons de la façon suivante :

1° Injection vaginale à l'eau iodée (solution de Lugol)

2° Mise en place d'un speculum de Colin à larges valves;

3° Au moyen d'un tampon imbibé d'éther, nettoyage minutieux des culs-de-sac et du col, jusqu'à détergement complet ;

4° Avec un peu de coton monté sur un hystéromètre, et trempé dans la teinture d'iode, désinfection de l'orifice externe du canal cervical ;

5° Il est nécessaire de s'assurer de la perméabilité de l'isthme utérin. Il faut, en effet, que cet isthme soit largement ouvert, pour que la pipette ne risque pas de se trouver brisée au passage. C'est pourquoi nous procédons presque toujours à une légère dilatation de l'isthme avec des bougies de Hegar jusqu'au n° 6 environ.

6° Nous faisons alors le prélèvement proprement dit. Nous employons une pipette de 35 cm. de longueur environ. L'extrémité de cette pipette ne sera pas trop effilée et, ce, pour deux raisons : la première, pour qu'elle ne soit pas trop fragile ; la seconde, de beaucoup la plus importante, puisqu'il faut tenir compte de l'épaisseur et de la viscosité du mucus intra-utérin qui ne pourrait être aspiré dans une pipette ordinaire.

Nous n'insistons pas sur la façon de briser cette pipette qui, naturellement, aura été, au préalable,

stérilisée à l'autoclave, (ainsi, d'ailleurs, que tous les instruments employés). Disons seulement, une fois pour toutes, que tout, dans cette opération, doit se passer comme s'il s'agissait d'une intervention chirurgicale aseptique.

Le col ayant été saisi avec une pince, la pipette est poussée doucement et le plus loin possible. Elle parvient facilement jusqu'au fond utérin dans la plupart des cas. A ce moment, on fait l'aspiration. On retire la pipette. On la flambe légèrement, et on pousse son contenu dans les tubes de culture qui ont été débouchés par un aide avec les précautions d'usage.

BACTÉRIOLOGIE

Nos examens bactériologiques ont été tous pratiqués au laboratoire départemental du Calvados, sous la direction et grâce aux conseils de M. le Dr Le Bailly, qui nous a très aimablement fourni les renseignements qui vont suivre.

On cultive sur gélose ascite ou sur gélose glucosée à 1 %. En même temps, un bouillon glucosé à 2 % est ensemencé. Les colonies poussent en quarante-huit heures atteignant à peine les dimensions de la tête d'une toute petite épingle. Après s'être assuré que la colonie est pure, on repiquera à la loupe sur bouillon glucosé à 2 %.

Quelquefois, mais rarement (Voir nos observations III, V et VIII), nous n'avons obtenu de culture qu'après un second prélèvement, le premier n'ayant rien donné.

Dans la majorité des cas, la culture pousse au bout de trois ou quatre jours. Mais nous avons observé plusieurs fois que les tubes étaient encore intacts le quatrième jour. Ce n'est que le cinquième jour que poussait la culture, si bien qu'un observateur non pré-

venu eût pu être tenté de jeter les tubes, les croyant stériles.

Si nous rapprochons ces détails des caractères habituels du streptocoque, qui cultive habituellement en vingt-quatre, ou, tout au plus, quarante huit-heures, nous aurons déjà fait remarquer combien la race obtenue est particulière.

La culture ne trouble pas le bouillon. Elle est floconneuse. Les flocons adhèrent aux parois du tube et retombent au fond.

Au bout de quatre jours, on centrifuge le produit de culture. Puis, on émulsionne dans de l'eau physiologique phéniquée à 5 ‰. On étalonne ensuite la solution à 500 millions par centimètre cube. A cet effet, on se sert d'une échelle étalon d'émulsions établies par numération au microscope, par un procédé analogue, en somme, aux échelles colorimétriques, et dont nous lisons la description dans le « Manuel technique de Microbiologie et sérologie. » de A. Calmette, L. Nègre, et A. Boquet.

« On peut également », disent ces auteurs, « préparer pour un microbe donné des émulsions tests contenant un nombre déterminé de germes qui servent à étalonner les émulsions de même espèce microbienne, en comparant leur degré d'opalescence. Les différences d'opalescence entre les deux émulsions restent appréciables lorsque la différence du nombre de germes est supérieure à 25 millions par centimètre cube. On prépare une série d'émulsions tests. On scelle les tubes à la lampe, et on les conserve à l'obscurité ».

La plupart du temps, nous employons cet autovaccin étalonné à 500 millions. Une seule fois, lors de notre première tentative, nous nous sommes servis d'une solution contenant 100 millions de germes seulement. On verra, à la lecture des observations que nous publierons, qu'aucune de nos malades n'a présenté de réaction importante après l'injection. Nous dirons plus loin comment nous pratiquons ces injections.

Le streptocoque obtenu, examiné dans le mucus utérin, est vu sous forme de cocci groupés par deux, et rappelant l'aspect classique du pneumocoque. En culture, il se présente en longues chaînettes. Généralement, ce germe est hémolytique. Si on le met en culture avec du sang, c'est-à-dire si on ajoute 1/2 cc. de globules sanguins lavés par tube de bouillon, les globules sont attaqués. L'hémoglobine diffuse. Il y a hémolyse. Le germe acidifie le milieu et meurt, s'il n'est pas repiqué, au bout de quatre jours.

On remarquera que, jamais, au cours de nos recherches, nous n'avons observé d'autre agent que le streptocoque. Nous avons toujours obtenu ce germe, et ce germe seul. Nous pouvons donc prétendre, à bon droit, avoir fait nos prélèvements de façon aseptique.

En somme, et c'est là le point intéressant de cette étude bactériologique, le germe obtenu est à différencier nettement du streptocoque ordinaire. Tous les caractères que nous venons de citer montrent que, s'il s'agit, indiscutablement, d'un streptocoque, nous nous trouvons cependant en présence d'un germe à vitalité ralentie, dont la virulence, beaucoup moins grande que

celle du streptocoque banal, n'est pas sans analogie avec celle du microbe responsable des phlébites puerpérales. C'est là un point que nous tenions à signaler dès maintenant. Nous y reviendrons tout à l'heure.

MÉTHODE DE VACCINATION

De même que, en réglant dans les détails le prélèvement du mucus intra-utérin, nous avons voulu qu'aucune faute d'asepsie ne nous fût reprochée, de même, lorsque nous vaccinons nos fibromateuses, voulons-nous écarter les complications que pouvait provoquer une méthode trop brutale.

Nous commençons par injecter $1/4$ de cc. de notre auto-vaccin sous la peau de la face externe de la cuisse. Avant de procéder à la deuxième injection, il est indispensable que la malade soit mise en observation. Il peut se produire en effet.

1° Une réaction générale : quelquefois, mais rarement, ainsi que nos observations en témoignent, les malades ont fait, le lendemain, une légère élévation thermique.

2° Une réaction locale, qui se résume, quand elle se produit, à une légère rougeur de la peau au point d'inoculation.

Si ces phénomènes apparaissent, nous croyons qu'il est bon d'attendre qu'ils aient complètement disparu, avant de faire la deuxième injection.

Celle-ci est faite deux jours après la première. Elle est de $3/4$ de cc. Puis, le sujet étant toujours en sur-

veillance, et si rien d'anormal n'est survenu, nous injectons, deux jours après, 1 centimètre cube. Nous continuons ainsi, en usant des mêmes précautions, tous les deux jours, pendant trois semaines au moins. Nous pensons que ce laps de temps est nécessaire si l'on veut immuniser l'organisme contre le streptocoque.

Outre que ce délai de vingt-et-un jours nous paraisse indispensable pour atteindre le but proposé, nous nous permettons de rappeler qu'il pourrait être dangereux d'opérer de façon trop précoce. Ainsi que dans toute vaccination, le sujet vacciné, avant d'acquérir l'immunité, passe une période dite de phase négative. Cette période est évidemment très variable. Nous l'estimons à 10 jours environ pour le cas qui nous concerne. Nous ne pouvons mieux faire que de citer, à ce propos, le passage du « Précis de Physiologie Microbienne » de M. Arthus, où l'auteur s'exprime ainsi :

« L'immunité antimicrobienne active ne s'établit pas instantanément. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours (5, 8, ou plus) qu'on peut en découvrir les premiers indices. Elle augmente progressivement, (même si on ne renouvelle pas l'injection) jusqu'à un maximum qui est atteint plus ou moins vite (généralement deux à trois semaines après l'unique inoculation) ».

Koll et Hetsche, dans leur « Bactériologie expérimentale », expliquent cette phase en partant de la théorie des chaînes latérales d'Erlich.

« L'immunité définitive », disent-ils, « est en général précédée d'une phase dans laquelle le sujet se trouve en état d'hyperréceptivité, et qui constitue ce qu'on a

appelé la phase négative de l'immunisation. La théorie d'Ehrlich nous fournit une explication facile à ce phénomène. En effet, si nous admettons que l'immunisation spécifique n'est pas autre chose qu'une exaltation de l'immunité naturelle, et qu'elle est provoquée par la fixation de l'agent actif de l'immunisation sur les récepteurs correspondants des cellules, nous devons en conclure qu'aussi longtemps que les cellules n'auront pas régénéré en nombre suffisant ceux de leurs éléments qui se trouvent mis hors d'état par cette fixation, la quantité des anticorps circulant à l'état normal dans le sang sera diminuée ».

De même, dans son « Précis des Examens de laboratoire employés en clinique, M. L. Bard résume ainsi les idées de Wright sur la question :

« Pour Wright, les vaccins sont des substances qui, introduites dans l'organisme, provoquent la formation d'opsonines, substances protectrices. Immédiatement, à la suite d'une injection de vaccin, survient une période pendant laquelle l'indice opsonique diminue : c'est la phase négative. Puis, très vite, l'indice augmente parallèlement à la production des substances protectrices. C'est la phase positive. D'après Wright, il est très important de tenir compte de ces deux phases ».

Sacquépée, enfin, dans : « Bactériothérapie. Vaccination et Sérothérapie », à propos de la fièvre typhoïde, s'exprime de la façon suivante : « L'immunité n'apparaît pas d'emblée. Entre le moment où se pratique l'inoculation, et le moment où se réalise l'immunité, il s'écoule un certain temps, un septennaire au minimum,

variable avec les sujets. Cette période d'attente peut être dangereuse dans certains cas, l'individu inoculé se trouvant dans la phase négative, c'est-à-dire plus sensible à la maladie typhique que ne le sont les sujets normaux. Wright, le premier, avec une louable franchise, a reconnu et signalé ce danger. D'autres auteurs, en particulier Stendel, dans les troupes allemandes de l'Afrique du Sud, ont insisté sur cet inconvénient ».

Ainsi, de même que, en cas d'épidémie, le médecin qui vaccine risque d'injecter les germes à des individus déjà en période d'incubation, et s'expose ainsi à des accidents mortels (ce qui a, malheureusement, pu être constaté à propos de la vaccination antityphoïdique), de même nous croirions manquer de prudence en opérant nos fibromes avant une période minima de trois semaines à partir de la date de la 1^{re} injection. Nous estimons, et, au besoin, nos observations le démontreraient, être largement en dehors, au bout de ce temps, de la dangereuse phase négative.

En outre, si l'on se remémore que nous n'avons eu en vue que les fibromes non accompagnés de lésions inflammatoires, on comprendra aisément qu'il ne puisse nous être fait aucune objection. Aucun fibrome simple n'est un cas d'urgence. Il n'en est pas un qui ne puisse attendre un mois l'intervention. La question de temps, ici, est parfaitement négligeable (1).

(1) L'hémorragie abondante, au cours de l'évolution d'un fibrome, ne constitue pas, à notre avis, une indication d'hystérectomie d'urgence. Par un léger curettage, et par un traitement médical, il est toujours possible d'arrêter la métrorragie. Par conséquent, notre auto-vaccin, trouve ici encore, son emploi.

En tous les cas, en agissant autrement, nous estimons que le chirurgien engagerait grandement sa responsabilité. Bien plus, notre méthode, dont nous croyons être en droit d'attendre les meilleurs résultats, constituerait alors, à notre sens, un véritable danger.

OBSERVATIONS

Obs. I (A. MORICE). — Madame Madeleine V..., 46 ans.

Aucun passé génital. La malade n'a pas eu d'enfant, et n'avoue pas de fausse couche.

Elle s'est aperçue, en novembre 1924, de la présence d'une tumeur abdominale. Depuis un an, ses règles sont devenues plus abondantes et prolongées. Depuis janvier 1925, elle perd quelquefois en dehors des règles. Douleurs intenses, sous forme de coliques expulsives, au moment des règles. Pas de leucorrhée.

La malade consultée et entre à l'hôpital le 5 août 1925, envoyée par le Dr C...

A son entrée, le palper abdominal montre une tumeur volumineuse, remontant à mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic, tumeur mobile, non douloureuse.

Le toucher vaginal permet de reconnaître un col normal, non dévié. La tumeur fait corps avec l'utérus. Les mouvements sont transmis au col.

Excellent état général. Les métrorragies sont peu abondantes. Le diagnostic de fibrome est posé.

La malade acceptant l'intervention, nous faisons, le 10 août 1925, un prélèvement intra-utérin au cours duquel nous devons, pour pouvoir introduire la pipette, faire une dilatation jusqu'au n° 6 des bougies de Hegar.

Le streptocoque est décelé dans le mucus. Un auto-vaccin est étalonné à 100 millions de germes par centimètre cube.

Le 16 août, nous pratiquons la 1^{re} injection de 1/4 de cc., sous la peau de la face externe de la cuisse.

Le 17 août, T. : 37°2 le matin, 37°3 le soir. Pas de rougeur locale.

Le 18 août, T. : 37°.

La 2^e injection (3/4 de cc) est faite le 19. Aucun incident.

La 3^e injection (1 cc.) est faite le 21.

Nous continuons ainsi à pratiquer nos injections tous les deux jours, pendant trois semaines.

Intervention le 11 septembre 1926. Hystérectomie subtotale. Fibrome multilobé. Ablation ovaire droit. Ovaire gauche conservé.

Le 12 septembre, T. : 38°1 le matin 38°3 le soir.

Le 13 — T. : 38° — 38° —

Le 14 — T. : 37° — 37°2 —

A partir du 15, la température est normale.

La malade sort, guérie, le 17 octobre 1926.

Obs. II (A. MORICE). — Mme. J. L..., 49 ans.

A eu trois enfants et signale une fausse couche.

1^{re} accouchement en 1912: PHLÉBITE CONSÉCUTIVE.

2^e accouchement en 1915 :

3^e accouchement en 1917: PHLÉBITE CONSÉCUTIVE.

La malade est envoyée dans une maison de santé le 15 septembre 1923, par le Dr B... avec le diagnostic de fibrome.

Elle se présente à nous, un peu anémiée, et accusant un léger amaigrissement depuis un an. Métrorragies abondantes depuis octobre 1924, accompagnées de douleurs pelviennes surtout localisées à gauche, et se propageant à la fesse gauche. Pas de pertes blanches.

Au palper abdominal, tumeur peu perceptible.

Au toucher : Col normal, un peu induré. Dans le cul-de-sac droit, masse dure, du volume d'une grosse orange, indolore. Dans le cul-de-sac gauche, masse dure, plus petite. Les culs de sac antérieur et postérieur sont libres. Les deux tumeurs perçues font corps avec l'utérus.

Œdème des membres inférieurs. Varices volumineuses à gauche.

Auscultation du cœur et des poumons négative.

Analyse d'urine : Ni sucre, ni albumine.

Le diagnostic de fibrome est confirmé.

Le 18 septembre 1923, prélèvement intra-utérin. La pipette passe sans dilatation. Présence de streptocoque. Un auto-vaccin est étalonné à 500 millions.

Le 25 septembre. 1^{re} injection de 1/4 de cc.

Le 26; T. : 38° le matin, 38°,3 le soir.

Le 27, T. : 37° le matin, 37°,3 le soir.

Le 28, 2^e injection de 3/4 de cc. Aucune réaction.

Le 30, 3^e injection de 1 cc. Aucune réaction.

Jusqu'au 22 octobre. série d'injections biquotidiennes de 1 cc.

Intervention le 25 octobre. Hystérectomie subtotale. Deux fibromes, de chaque côté de l'utérus. Conservation de l'ovaire droit.

26 octobre, T. : 38°2 le matin, 38°5 le soir.

27 octobre, T. : 38° — 38°5 —

28 octobre, T. : 37°3 — 38° —

29 octobre, T. : 37° — 37°4 —

Le 30, la température revient à la normale. Aucune complication.

La malade sort, guérie, le 29 novembre 1925.

Obs. III (A. MORICE). — Mme Thérèse G..., 50 ans.

A eu un enfant. A FAIT UNE PHLÉBITE APRÈS SON ACCOUCHEMENT, qui date de 1906. Pas de fausse couche.

La malade est envoyée à l'hôpital le 10 décembre 1925, par le Dr Q..., avec le diagnostic de fibrome.

Elle est anémiée, et accuse un amaigrissement notable. (6 kg.) depuis six mois. Elle a commencé à perdre du sang en août 1925, en dehors des règles. En même temps, celles-ci devenaient beaucoup plus abondantes, et durèrent une dizaine de jours au lieu des cinq jours habituels. En outre, douleurs continuelles, sensation de pesanteur dans le petit bassin, avec, de temps à autre, crises violentes. Douleurs irradiées le long de la face postérieure de la cuisse gauche. Jamais de pertes blanches.

Au palper abdominal, on sent une tumeur très volumineuse, dépassant largement l'ombilic, un peu déviée à gauche de la ligne médiane, dure et légèrement bosselée. Le toucher vaginal montre que cette masse fait corps avec l'utérus dont le col suit les mouvements imprimés à la tumeur par la main abdominale. Ce col est un peu gros et légèrement induré. Les culs-de-sac, sauf le cul de-sac antérieur, ne peuvent être déprimés.

Cœur et poumons normaux. Membre inférieur gauche légèrement augmenté de volume, œdématié. Varices légères à gauche.

Analyse d'urine : ni sucre, ni albumine.

Diagnostic : fibrome.

Le 12 septembre 1925, nous faisons un prélèvement intra-utérin qui nous oblige à dilater l'isthme jusqu'au n° 6 des

bougies de Hegar, et nous envoyons au laboratoire pour culture. La réponse nous revient, négative : Absence de streptocoque.

Le 17 décembre, nous faisons un second prélèvement. Présence de streptocoque. Un auto-vaccin est étalonné à 500 millions de germes au cc.

Le 25 décembre, 2^e injection de 3/4 de cc. Nouvelle ascension thermique (38°). Pas de réaction locale.

Le 31 décembre, la température étant revenue à la normale, nous pratiquons la troisième injection (1 cc). Aucune réaction, ni locale ni générale. La température n'a d'ailleurs plus dépassé 37°5, à la suite de nos injections pratiquées tous les deux jours jusqu'au 20 janvier 1926.

Le 21 janvier, intervention : Hystérectomie subtotale pour fibrome volumineux. Appendicectomie. Conservation de l'ovaire gauche.

Suites opératoires sans incidents. La température n'a pas dépassé 38° pendant les trois premiers jours, et est restée normale jusqu'au 27 février, date à laquelle la malade est sortie, guérie.

Obs. IV (A. MORICE). — Mademoiselle Le P..., 38 ans.
Pas d'enfant. Pas de fausse couche.

Depuis six mois, règles prolongées et plus abondantes. Douleurs continuelles, abdomino-pelviennes, s'exacerbant en crises atrocement pénibles, crises coïncidant généralement avec les règles. Irradiations douloureuses dans les lombes et sur le trajet du sciatique. Dysurie. Pollakiurie. Constipation opiniâtre depuis un mois. Pas de leucorrhée.

La malade entre à l'hôpital le 4 mars 1926.

Le palper abdominal révèle une tumeur de petit volume, remontant à trois travers de doigt au dessus de la symphyse, assez mobile, dure et régulière.

Le toucher vaginal montre un col petit, légèrement induré, et fortement repoussé en arrière par une tumeur qui fait saillie, dans le cul-de-sac antérieur, et peut facilement être mobilisée.

Bon état général.

Pas de lésion cardiaque.

Pas de lésion pulmonaire.

Analyse d'urine : Pas de sucre. Traces d'albumine.

Diagnostic : fibrome utérin.

Le 5 mars, prélèvement intra-utérin envoyé au laboratoire pour culture. Présence de streptocoque. Auto-vaccin étalon-né à 500 millions de germes au centimètre cube. Le 14 mars, 1^{re} injection de 1/4 de cc. (aucune réaction). Le 16 mars, 2^e injection (3/4 de cc, aucune réaction). Le 18 mars, 3^e injection (1cc). (Aucune réaction).

Nous faisons ainsi, tous les deux jours, pendant trois semaines, une injection de 1 centimètre cube.

Intervention le 7 avril 1926 : Hystérectomie subtotale. Fibrome multilobé. Appendicectomie. Conservation ovaire droit.

Légère hyperthermie pendant trois jours (Max. : 38° 7). Suites opératoires excellentes. La malade sort, guérie, le 22 avril 1926.

Obs. V (A MORICE). — Mademoiselle L..., (37 ans).

Entre à la maison de santé le 28 mars 1926.

A eu un enfant mort-né. Ne signale pas de fausse couche. Pas de phlébite dans les antécédents.

Il y a trois ans, la malade a commencé à perdre du sang en dehors des règles. En même temps, celles-ci devenaient très abondantes et très douloureuses. Brûlures à la miction. Constipation opiniâtre.

Actuellement, amaigrissement considérable.

Au palper abdominal, le fond de l'utérus remonte à trois travers de doigts de l'ombilic. L'utérus fait saillie sous la paroi. Il est mobile latéralement.

Au toucher vaginal, utérus très augmenté, bosselé à sa partie postéro inférieure qui fait saillie dans le cul-de-sac postérieur. Col normal, non dévié. Le diagnostic de fibrome étant posé, un premier prélèvement intra utérin est fait le 5 avril 1926 : Absence de streptocoque. — Le 15 avril, second prélèvement : Présence de streptocoque. Auto-vaccin titré à 500 millions de germes au centimètre cube.

Les trois premières injections ($1/4$, $3/4$ 1 cc.) sont faites respectivement les 22, 24 et 26 avril.

11 injections sont faites, consécutivement, tous les deux jours. Aucune réaction, ni locale, ni générale, n'est à signaler.

Intervention le 16 mai 1926 : Hystérectomie subtotale pour fibrome. Appendicectomie.

Les suites opératoires sont sans histoire. La malade sort guérie le 13 juin 1926.

Obs. VI (A. MORICE). — Madame S. B..., 42 ans.

Envoyée à la maison de santé par le Dr M... avec le diagnostic de fibrome.

SIGNALE UNE PHLÉBITE EN 1924. Pas de fausse couche avouée. Aucun passé génital.

Entrée le 23 janvier 1926.

Depuis sept mois, la malade se plaint de violentes douleurs dans le bas-ventre, qui l'obligent à s'aliter au moment de ses règles. A ce moment, en effet, les douleurs deviennent particulièrement pénibles. Les règles ne sont pas prolongées, mais sont extraordinairement abondantes. La malade n'a perdu qu'une fois, en septembre 1925, dans leur intervalle. Les douleurs sont irradiées dans les deux jambes.

Dysurie légère. Pas de leucorrhée. Le palper abdominal ne montre pas de tumeur. Au toucher, utérus un peu augmenté de volume. Dans le Douglas, masse dure, arrondie, bosselée à sa partie inférieure, faisant corps avec l'utérus, un peu douloureuse.

Diagnostic : fibrome.

Le 24 janvier : prélèvement intra utérin. Présence de streptocoques.

Auto-vaccin à 500 millions.

Le 31 janvier : 1^{re} injection (1/4 de cc.)

Le 2 février : 2^a injection (3/4 de cc).

Le 3 février : 3^e injection (1 cc).

Puis, 10 injections sont faites, à raison de une tous les deux jours, jusqu'au 25 février, sans aucun incident. Intervention le 26 février. Hystérectomie subtotal pour fibrome. Conservation de l'ovaire gauche.

La malade ne fait aucune réaction fébrile. Les suites opératoires sont excellentes. Elle sort, guérie, le 20 mars 1926.

Obs. VII (A. MORICE). — Madame Odette F., 38 ans.

Entre à la maison de santé le 8 mars 1926, envoyée par le Dr N..., pour fibrome utérin.

Vers la fin de l'année 1925, la malade a remarqué une petite masse dure située dans le bas ventre, et augmentant progressivement de volume. Parallèlement, douleurs de plus en plus vives. Règles toujours régulières, mais très abondantes. Pas de pertes blanches.

Dans les antécédents, ON RELEVÉ UNE PHLÉBITE, survenue en 1920, après une fausse couche. Aucune autre affection génitale n'est signalée.

Au palper abdominal, tumeur régulière, mobile, atteignant l'ombilic.

Au toucher, les culs-de-sac sont libres. Le col suit les mouvements de la tumeur. Il est un peu gros.

Le 11 mars 1926, prélèvement intra-utérin. Culture au laboratoire. Présence de streptocoques. Auto-vaccin à 500 millions.

18 mars : 1^{re} injection (1/4 de cc.).

20 mars : 2^e injection (3/4 de cc.).

22 mars : 3^e injection (1 cc.).

Une légère rougeur de la peau se produit après cette 3^e injection. Elle disparaît le lendemain.

Série de 9 injections biquotidiennes.

Intervention le 1^{er} avril : Hystérectomie totale pour fibrome. Appendicectomie. Conservation des ovaires.

Le 2 avril : T. : 37° 5 le matin, 37° 6 le soir.

Le 3 avril : T. : 38° 9 le matin, 38° 7 le soir (légère infection pulmonaire),

Le 4 avril : T. : 38° le matin, 38° 1 le soir.

Le 5 avril : T. : 37° 5 le matin, 37° 5 le soir.

A partir de ce moment, température normale. Rien à signaler ultérieurement.

La malade sort, guérie, le 1^{er} mai 1926.

Obs. VIII (A. MORICE). — Mme Ernestine L... 34 ans. Pas d'enfant.

Vient consulter pour douleurs abdominales ayant débuté il y a plus d'un an, se produisant surtout au moment des règles, et augmentant de fréquence et d'intensité depuis quelques mois. Elle ne signale pas de métrorragie. Seules, les règles sont un peu plus abondantes. La malade a fait une crise douloureuse particulièrement violente trois jours auparavant.

Le palper abdominal ne révèle rien.

Au toucher, qui est un peu douloureux, le doigt arrive sur un col ferme et situé dans l'axe du vagin. L'utérus est augmenté de volume irrégulièrement, un peu dévié à droite de la ligne médiane. Pas de vomissements. Pas de constipation. Règles régulières, bien que toujours plus abondantes. Une grossesse est peu probable. Le diagnostic de fibrome utérin est posé.

La malade ne signale aucune affection génitale dans ses antécédents.

Elle entre à la maison de santé le 15 août 1926.

Le 17 août, prélèvement intra-utérin : Il n'est pas décelé de streptocoque.

Le 24 août, second prélèvement : Présence de streptocoque. Un autovaccin à 500 millions est préparé.

Le 30 août, 1^{re} injection (1/4 de cc.)

Le 2 août, 2^e injection (3/4 de cc.)

Le 4 août, 3^e injection (1 cc.)

La malade n'accuse aucune réaction. 10 injections sont faites, à raison de une tous les deux jours. La température reste normale pendant ce laps de temps.

Intervention le 26 septembre 1926. Hystérectomie subtotale avec conservation des ovaires. Gros utérus fibromateux. Appendicectomie.

La malade ne fait aucune élévation thermique. Les suites sont normales.

Elle sort, guérie, le 19 octobre 1926.

Obs. IX. A. MORICE. — Mme M... 53 ans.

Deux enfants SIGNALE TROIS PHLÉBITES DANS SES ANTÉCÉDENTS.

Consulte à la suite de métrorragies abondantes se produisant depuis un mois, et accompagnées de douleurs abdomino-pelviennes siégeant surtout à droite. Deux crises douloureuses très violentes depuis un mois. Pas de leucorrhée.

La malade est anémiée. État général médiocre. Membres inférieurs oedématisés et variqueux.

Au palper abdominal, on ne perçoit pas de tumeur.

Au toucher vaginal, le cul-de-sac latéral gauche est diminué. Le col est légèrement dévié à gauche.

Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont facilement déprimés.

Dans le cul-de-sac latéral droit, le doigt perçoit une masse arrondie, bombant fortement, dure, régulière, à peu près indolore, fixée, très peu mobilisable. Pas de sillon de séparation entre cette tumeur et le corps utérin. Le diagnostic de fibrome est posé. L'intervention est acceptée. La malade entre à la maison de santé le 23 novembre 1925. Prélèvement intra-utérin.

Présence de streptocoque. Auto-vaccin étalonné à 500 millions.

1^{re} injection (1/4 de cc.) le 29 novembre. La température monte à 39°. Rougeur locale assez marquée. Le surlendemain, tout est rentré dans l'ordre.

2^e injection (3/4 de cc.) le 2 décembre. T. : 38°3.

3^e injection (1 cc.) le 4 décembre. Légère rougeur locale. Température normale.

Neuf injections biquotidiennes de 1 cc. sont faites ultérieurement.

Intervention le 25 décembre : Hystérectomie subtotale. Petit fibrome inclus dans le ligament large du côté droit. Conservation de l'ovaire gauche. L'ovaire droit, kystique, est enlevé. Appendicectomie.

Le 26 décembre et les jours suivants, température oscillant autour de 38°. Le 30, la température revient à la normale. Aucune complication post-opératoire. La malade sort, guérie, le 20 janvier 1926.

Obs. X. (A. MORICE). — Madame G..., 40 ans.

Aucune affection génitale antérieure. Pas d'enfant. N'avoue pas de fausse couche. A toujours eu une santé excellente, et a toujours été bien réglée jusqu'à l'affection actuelle.

Entre à la maison de santé le 14 janvier 1926.

En août 1925, la malade s'est aperçue de la présence d'une petite tumeur abdominale située à gauche, au dessous de l'ombilic. Légères douleurs pelviennes. Les règles reviennent tous les 25 jours, comme d'habitude, mais sont beaucoup plus abondantes, et durent 7 ou 8 jours, au lieu de 4. La tumeur augmente rapidement de volume.

Crise le 8 janvier 1926. Douleurs violentes. Ballonnement abdominal, puis gaz. Jamais de pertes blanches.

Lorsque la malade se présente à nous, l'état général est excellent. L'abdomen est distendu par une grosse masse dépassant l'ombilic de 4 travers de doigt, masse dure et bosselée, peu mobile.

Le toucher vaginal montre un col petit. Les culs-de-sac se laissent facilement déprimer. Les mouvements imprimés à la tumeur sont transmis au col.

Auscultation du cœur : Eréthisme. Léger claquement aortique.

Varices volumineuses des membres inférieurs.

Le mucus utérin est prélevé après dilatation de l'isthme, et envoyé au laboratoire, pour culture, le 15 janvier 1926 : Présence de streptocoque.

Etalonnage d'un autovaccin à 500 millions.

Le 22 janvier : 1^{re} injection de 1/4 de cc. Aucune réaction.

Le 25 janvier : 2^{me} injection de 3/4 de cc. Aucune réaction,

Le 27 janvier : 3^me injection de 1 cc. Aucune réaction.

Dix autres injections sont faites tous les deux jours.

Intervention le 15 février. Hystérectomie subtotale. Fibrome volumineux.

La température oscille entre 38°5 et 39° pendant les deux jours qui suivent l'intervention, pour revenir à la normale le cinquième jour. Aucun incident pendant les suites opératoires. La malade sort, guérie, le 19 mars 1926.

CONCLUSIONS

Nous ne songeons pas à proclamer, en terminant ce travail, l'infailibilité de notre méthode. Nous ne pensons pas avoir réalisé une importante découverte en appliquant à un cas restreint de la pathologie génitale féminine, les méthodes générales de vaccination.

Bien entendu, ici, comme ailleurs, tout est susceptible de variations. Aussi faisons-nous les réserves utiles. Nous n'oserions certes pas affirmer, même si une plus grande expérience nous y autorisait, que nous n'aurons jamais d'échecs. Les autres vaccins ont réservé et réserveront encore trop de surprises désagréables aux praticiens pour que nous puissions nous croire à l'abri de ces déboires.

Nous rappellerons que nous ne voulons rien retirer de l'importance des causes générales invoquées par Forgue. Nous savons qu'il est des prédisposées aux phlébites. Quant aux raisons de cette prédisposition, qu'elles relèvent d'une insuffisance hépatique ou d'un hypofonctionnement rénal, là n'est pas la question.

Il est évident encore que le traumatisme opératoire est, lui aussi, grandement responsable : les tractions violentes exercées sur un utérus fibromateux pour per-

mettre de pincer les pédicules, la contusion des veines iliaques externes par certaines valves, ont certainement favorisé l'éclosion de bon nombre de phlébites. Enfin, et pour tout concéder, peut être faut-il mettre en cause le syndrome entérorénal et les germes intestinaux, à la suite de MM. Delater et Hugel.

Cependant, la lecture de nos observations nous permet d'affirmer :

1° Qu'aucune de nos hystérectomies pour fibrome n'a été suivie de phlébite.

2° Que chez certaines femmes, — (que Forgue eût classées, cliniquement, parmi les prédisposées) — nous avons évité cette phlébite, alors qu'elles en avaient déjà fait, une ou plusieurs, antérieurement (Voir nos observations II, III, VI et IX).

En conséquence, si nous nous permettons de rappeler qu'au cours de nos prélèvements :

1° Nous avons trouvé, toujours, un seul germe ;

2° Ce germe était un streptocoque ;

3° Il s'agissait d'une race de streptocoque très spéciale, race en tous points comparable à celle que les accoucheurs incriminent en présence de phlébites puerpérales.

Nous pensons pouvoir logiquement conclure des faits connus que ce streptocoque est l'agent des phlébites étudiées. D'où nos prélèvements, nos cultures et nos essais d'immunisation.

En outre, il nous paraît intéressant de remarquer que les phlébites post-opératoires assez fréquemment rencontrées dans le décours des hystérectomies pour fibrome, doivent être attribuées, non pas à une faute d'asepsie du chirurgien ou de ses aides, mais bien à la présence presque constante du streptocoque dans les utérus fibromateux, et, probablement aussi dans les tissus péri-utérins.

En pratiquant donc, systématiquement, notre auto-vaccination préventive, nous ne prétendons pas sauvegarder toutes les opérées de l'infection veineuse. Toutefois, en faisant la part des insuccès à venir, nous nous ferons toujours un devoir d'user d'une méthode qui nous paraît être, à l'heure actuelle, le plus sûr moyen de préserver les malades de cette redoutable complication.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu le Président,
PIERRE DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

DUEMIQ. — Fréquence, formes cliniques et premiers signes de phlébite après les opérations pratiquées sur la zone génitale de la femme (*Pratique Méd. de France*, décembre 1926, n° 10 bis).

MARUARD. — Les vaccinations préventives des complications typiques des opérations chirurgicales (*Praguer's méd.*, 16 janvier 1926).

ALAMAITINE et MALLET-GUY. — Indications opératoires dans les fibromes avec phlébites (*Lyon méd.*, 1^{er} mars 1926).

LECANTE. — Notions récentes sur les phlébites (*Journal de Médecine française*, 1921, p. 366).

VIGNES. — Phlegmatia alba dolens (*Journal des praticiens*, 1921, p. 609).

LECONTE. — Les formes frustes et larvées des phlébites (*La Médecine*, 1921-22, p. 449).

COUZAIN. — Phlébites pelvaires (*Rev. Cubana de obstetr y gynecol. Habana*, 1921, p. 46-50).

PIERI. — Phlébite et retrécissement de l'artère fémorale (*Arch. Ital. de chir.*, déc. 1923, p. 447).

SCHALLENBERGER. — Traitement des phlébites par injection de violet de gentiane (*Surg. Gynec. and obstetr.*, Chicago, sept. 1924).

HARKAVY. — Phlébites et thrombo-phlébites (*Med. Journal and records*, juillet 1924).

FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gynécologie.*

F. BEZANÇON. — *Précis de Microbiologie clinique.*

A. CALMETTE, L. NÈGRE et A. BOQUET. — *Manuel technique de Microbiologie et de sérologie.*

ARTHUS. — *Précis de Physiologie Microbienne.*

KOLLE et HETSCH. — *Bactériologie expérimentale.*

L. BARD. — *Précis des Examens de laboratoire employés en clinique.*

SACQUÉPÉE. — *Bactériologie. Vaccination. Sérothérapie*

HUGEL et DELATER. — *Le système veineux normal et pathologique, guide des malades.* (Doin, édit., 1926).

G. DELATER. — L'insuffisance veineuse (*Soc. de méd. IX^e et XVII^e arrdt in Journ. médecine de Paris*, 1^{er} février, 2 oct. 1926).

MENDRERO. — Trois cas de phlébite oblitérante (*La Pransa med. Argentina*, 20 août 1923).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Historique	13
Technique	16
Bactériologie	19
Méthode de vaccination.....	23
Observations	28
Conclusions.....	47
Bibliographie.....	50
